

DE
L'ENTÉRORRHAPHIE CIRCULAIRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES ANUS CONTRE NATURE

D'ORIGINE HERNIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMILE JEANNIN

Né le 6 Mars 1866, à Saint-Marcel (Saône-et-Loire).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

DE
L'ENTÉRORRHAPHIE CIRCULAIRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT
DES ANUS CONTRE NATURE
D'ORIGINE HERNIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMILE JEANNIN

Né le 6 Mars 1866, à Saint-Marcel (Saône-et-Loire).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVÉAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. GANGOLPHE et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Sous la dénomination d'entérorrhaphie (έντερον, intestin, ράφι, suture), nous nous proposons de décrire et d'apprécier une opération qui a pour but la cure radicale des anus contre nature d'origine herniaire. Nous préférons le mot entérorrhaphie à tout autre. Comme l'indique notre maître, le professeur Maurice Pollosson, dans sa thèse d'agrégation, page 98, il répond mieux à l'acte opératoire. Il a l'avantage d'exprimer, en un seul mot, les deux temps principaux de l'intervention. L'adjectif circulaire ne laisse aucun doute sur le manuel spécial de la résection. Enfin l'usage a consacré ces deux expressions. Il nous arrivera d'employer, pour les besoins de la synonymie, les mots d'entérectomie secondaire, résection et suture circulaire, qui sont aussi dans le langage courant des chirurgiens pour désigner la même opération.

Pour exposer la question, nous nous sommes astreint au plan suivant :

I. Historique.

II. Statistiques antérieures. — Statistiques plus récentes. — Observations. — Discussion.

III. Manuel opératoire.

IV. Conclusions.

C'est au professeur de médecine opératoire de la Faculté de Lyon, M. Maurice Pollosson, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, que nous devons le choix et le sujet de notre thèse inaugurale. C'est lui qui nous a prodigué ses savants conseils pour mener à bien ce travail et qui nous a fourni cinq observations d'entérorrhaphie circulaire, dont deux sont inédites. C'est dire d'avance que tout le mérite de ce travail retourne à ce maître éminent. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance.

M. Auguste Pollosson, chirurgien-major désigné de la Charité, a mis obligeamment une observation à notre service ; qu'il agrée tous nos remerciements.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne saurions oublier les maîtres qui, dans les hôpitaux de Lyon, ont guidé nos premiers pas pendant nos deux années d'externat.

Que M. le professeur Gailleton et M. le professeur Gangolphe, chirurgien-major de l'hôpital de la Croix-

Rousse, soient assurés de notre gratitude pour les bienveillantes leçons qu'il nous ont prodiguées.

Nous emportons un reconnaissant souvenir du temps passé dans les services de MM. Carier, médecin des hôpitaux, et Levrat, chirurgien-major de la Charité.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0072

DE

L'ENTÉRORRHAPHIE CIRCULAIRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES ANUS CONTRE NATURE

D'ORIGINE HERNIAIRE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Quand Hippocrate conseille de recoudre l'intestin perforé par un traumatisme, il est loin de la conception de l'entérorrhaphie appliquée au traitement des anus contre nature. Cependant on ne peut dénier au père de la médecine d'être sur la voie qui conduira aux procédés actuels.

Gallien et Celse ne font que continuer la tradition hippocratique sans rien ajouter à l'idée. Au moyen âge, Guillaume de Salicet, 1245, donne la description des divers procédés auxquels on a recours de son temps pour suturer les déchirures intestinales. Il cite, pour les blâmer, les chirurgiens qui introduisent un cylindre de sureau dans l'intestin pour obtenir l'affrontement.

Les quatre maîtres, au commencement du xiv^e siècle, conseillent, pour faciliter la suture intestinale, d'introduire

préalablement un ou plusieurs anneaux de la trachée d'un animal. Guy de Chauliac, ayant constaté les nombreux insuccès de cette pratique, la rejette comme fort dangereuse : *natura intenta ad alienorum expulsionem expellit et removet illa de sutura et ita perit finis pro quæ talia applicantur.*

De même, Fabrice d'Aquapendente, parlant de la pratique des chirurgiens, qui se servent de cylindres de sureau ou de trachées d'animaux pour obturer par des sutures les plaies intestinales, montre qu'une fois ces corps étrangers putréfiés le malade périra, *ideoque pessimum hoc consilium fugiendum.* (In th. Barette, p. 17.)

Au siècle passé, Ramdhor, en 1727, pratiqua le premier l'entérorrhaphie pour une hernie gangrénée. Il réséqua même une longue partie d'intestin et, après avoir invaginé les 2 bouts, les sutura et obtint un succès. C'était l'entérectomie primitive appliquée à la guérison préventive des anus contre nature. De là, à l'idée de cette même opération appliquée à la guérison des fistules intestinales anciennes, il n'y avait qu'un pas. Cependant les chirurgiens de l'époque (Richer, *Traité des hernies*, 1788) repoussent ce procédé comme trop dangereux. Ce n'était que de la saine clinique. Dupuytren, quelques années plus tard, qui venait de créer l'entérotomie s'exprime ainsi sur l'opération de Ramdhor. « On pourrait, à l'exemple de ce chirurgien invaginer l'un des bouts de l'intestin dans l'autre, les maintenir tous les deux dans cet état à l'aide d'une suture et les replacer ensuite dans le ventre. Mais il n'est personne qui ne sente les dangers et les difficultés de cette méthode et l'exemple donné par ce chirurgien ne sera, je crois, imité par aucun praticien

raisonnable; agir ainsi serait, en effet, remettre en question tout, jusqu'à la vie des malades. » (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, p. 148).

La même année Roux (*Journal gén. de méd. chir.*, Paris, 1828, p. 287) pratique l'entérorrhaphie circulaire pour guérir un anus contre nature iléo-vaginal. Cette tentative ne fut pas heureuse, la patiente mourut 36 heures après.

Jusqu'à cette époque, on s'était peu occupé des sutures intestinales. C'était une audace qu'on ne se permettait guère. C'est alors que des expériences bien conduites vont jeter, tout à coup, un jour nouveau sur la physiologie pathologique des sutures des séreuses. Bichat avait attiré l'attention sur ce sujet, et l'expérimentation dans les mains d'A. Cooper, de Thompson d'Edimbourg et surtout de Jobert de Lamballe, 1822 (*Arch. de méd.*), vint jeter un peu de clarté sur la question.

Ce dernier établit que : 1° lorsqu'on pose une ligature sur un intestin sain, le péritoine se boursoufle et se reforme rapidement au-dessus de la ligature; qu'enfin cette dernière arrive dans le tube intestinal et se trouve là expulsée, sans ouverture de ce dernier, bien que la muqueuse et la musculieuse fussent sectionnées.

2° Que la même ligature, placée sur un intestin dont la tunique séreuse est enflammée, détermine la rupture de celle-ci ainsi que celle des deux couches suivantes, quelque faible que soit la constriction.

3° Que, si l'on maintient en contact deux séreuses, l'agglutination est opérée au bout d'une heure.

Sur ces données expérimentales, Jobert crée un procédé rationnel d'entérorrhaphie (*Mémoire sur les plaies du*

canal intestinal, Paris, 1826). Il invagine le bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur, les bords de l'orifice du premier étant préalablement retournés. Les sutures sont perforantes.

C'était un pas considérable qui fut complété par Lembert. Cet auteur propose une suture basée sur le même principe que celle de Jobert, c'est-à-dire l'adossement des séreuses, d'une rapidité d'exécution bien supérieure à celle de ce dernier. Surtout elle n'est point perforante ; sans en avoir bien conscience, il supprimait de cette façon une des causes principales de l'infection du péritoine.

Mais, si désormais il est prouvé que l'on peut rétablir les solutions de continuité du tube digestif, la méthode doit rester longtemps encore dans le domaine de la physiologie expérimentale, avant de pénétrer dans la pratique chirurgicale. L'antisepsie et l'asepsie n'apparaîtront que plus tard, et comme elles sont un des facteurs indispensables de toute opération sur le péritoine, l'entérorrhaphie, bien que possible, sur certaines espèces animales à péritoine tolérant, n'entrera dans le domaine chirurgical qu'avec les doctrines de Pasteur et de Lister.

Aussi jusqu'à la première cure d'anus contre nature par la résection suivie de suture (Hüter, 1876), l'entérotome règne en maître. On cite bien cependant un essai de Kinloch. B. A. (*Amer. Journ. med.* 1863). Maisonneuve, en 1856, avait aussi essayé d'aboucher au cæcum le bout supérieur d'un anus contre nature dont il n'avait pu retrouver le bout inférieur. Cette intervention, bien que n'étant pas l'entérorrhaphie, peut cependant lui être comparée.

Nous verrons qu'en la modifiant on en fera une rivale de cette dernière.

Du reste, Chassaignac repousse l'idée de cure de l'anus contre nature, par la résection suivie de suture (*Traité des opérations chirurgicales*, 1862).

Grâce à l'antisepsie et à l'asepsie qui inaugurent, ce que M. le professeur Pollosson a appelé, à juste titre, dans sa thèse d'agrégation, la période moderne, l'entérorrhaphie va prendre un essor considérable. Elle va tendre à se substituer à l'entérotomie.

Née en France, avec les travaux de Jobert de Lamballe et de Lembert, elle va nous revenir de l'étranger, en particulier de l'Allemagne où Hüter applique le premier cette méthode à la cure d'un anus contre nature. (*Anus præternaturalis*, *Deutsch. Zeitsch. für Chir.*, t. IX, p. 521).

Les 7^e, 8^e et 9^e congrès de chirurgie allemands appellent l'attention des praticiens sur l'entérorrhaphie circulaire. Zehde, Dittel, Billroth, s'y font les champions de ce procédé et le donnent comme étant la seule méthode curative rationnelle des anus contre nature. Un long mémoire de Madelung (*Arch. für kl. Ch.*, 1881) discute et pose les avantages de l'entérorrhaphie.

Rydygier réunit une première statistique de 18 cas. Julliard de Genève, en 1882, publie deux cas de résection intestinale suivis de suture (Suisse romande). Enfin en 1883, notre maître, M. le professeur Pollosson, réunit 29 cas dans sa thèse d'agrégation.

Bouilly et Assaky, la même année, publient dans la *Revue de chirurgie* un travail très complet où les indications de l'entérorrhaphie sont discutées et pesées consciencieusement. A partir de cette époque, les cas d'en-

térorrhaphie vont se multipliant. Heiman (*Deutsche med. Woch.*, 1884) réunit 37 cas de ce nouveau mode de traitement des anus contre nature. Makins (*St. Thomas's hosp. Report*, t. XIII, p. 181) publia en Angleterre une statistique qui arrive à 39 cas. Hertzberg (*Beitrag z. klinisch. Chir.*, von Bruns Paul, Tubingen, 1886, vol. 2 n° 3) arrive à 41 cas Hœnel (*Arch. fur klin. Chir.*, Band, XXXVI, Heft 2, p. 293 en 1887) réunit 43 cas.

En France, où l'on se tient sur une réserve prudente, paraissent les articles de Petit L. H. dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, art. de 1887, qui réunit 54 entérorrhaphies, de Hache in *Bulletin médical* février, 1888. Enfin la thèse de Goetz, Genève 1889. Dans ce travail très remarquable, l'auteur a pu réunir 77 observations d'entérorrhaphie circulaire appliquée au traitement de l'anus contre nature.

Jusqu'à cette époque les résultats de la nouvelle méthode ne sont guère brillants; les chirurgiens ne sont pas encore familiarisés aux exigences d'un manuel opératoire sévère. Aussi beaucoup de praticiens veulent rejeter l'entérorrhaphie circulaire appliquée à la cure des anus contre nature. M. Chaput publie des articles remarquables sur cette question, dans les *Archives de médecine*, février 1890; dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, 1892, dans la thèse de M. Philippe Paris, 1890; et arrive dans ses conclusions, à rejeter complètement l'entérectomie secondaire. Il tend même, pour les cas où cette méthode reste seule indiquée, à lui substituer l'entéro-anastomose intra-péritonéale, technique et indication des opérations sur l'intestin (Asselin, 1892, Société de Chir., juin 1894.)

Malgré cette réaction, beaucoup de chirurgiens, en Allemagne en particulier, restent fidèles à la méthode; tels sont : Billroth, Schede, Dittel, Dumreicher, Julliard de Genève.

Les publications d'observations vont se multipliant et les succès viennent affirmer que la nouvelle méthode, mieux appliquée, doit se substituer à l'ancienne. dans le traitement des anus contrenature.

M. le professeur M. Pollosson, dans une de ses cliniques du mois d'avril de l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, faisait prévaloir les avantages de la méthode (*Leçons de clinique chirurgicale*, Lyon, 1893).

CHAPITRE II

Statistiques antérieures. — Observations Discussion

STATISTIQUES ANTÉRIEURES

Pour obtenir le rétablissement du cours normal des matières dans le cylindre intestinal interrompu par une perte de substance, nous sommes en présence de deux procédés généraux; l'un, le plus ancien, est l'entérotomie, telle que l'a créée Dupuytren, avec ou sans opérations complémentaires; le second, récent, est l'entérorrhaphie circulaire.

Pouvons-nous comparer les deux méthodes? et dire avec Körte, Von Bergmann, Bruns, Reichel, Bouilly et la plupart des chirurgiens français, l'entérotomie a ses indications propres, l'entérectomie les siennes; ce sont deux procédés bien distincts qui répondent à des cas particuliers? Accepterons-nous au contraire les idées de la

généralité des chirurgiens allemands qui admettent avec Billroth, Dittel, Dumreicher, Schede, Julliard que l'entérectomie secondaire, est le seul traitement rationnel de l'anus contre nature, le procédé de guérison le plus sûr et le plus rapide ?

Nous allons parcourir les statistiques des divers auteurs qui ont traité cette question et essayer de nous former une opinion sur ces méthodes qui visent au même but en employant, pour y arriver, des moyens différents.

Statistiques d'entérotomies. — La première, en date de ces statistiques, est celle que nous trouvons dans le mémoire que Dupuytren lut à l'Académie des sciences en janvier 1824. Nous ne pouvons mieux faire que de citer le passage où sont rapportés les cas réunis par cet éminent chirurgien. « 42 opérations ont été pratiquées au moyen de l'entérotomie, 21 par nous-même à l'Hôtel-Dieu ou dans notre pratique en ville et 20 par d'autres chirurgiens.

« Trois sujets ont succombé, l'un à un épanchement présumé de matières stercorales dans le ventre, le second à la suite d'une indigestion, le troisième à une péritonite intense. Chez tous trois les accidents inflammatoires ont résisté aux moyens de traitement les plus énergiques. Des 38 malades restant, le plus grand nombre n'a éprouvé aucun accident fâcheux, les coliques, les nausées, les vomissements, dont quelques-uns furent cependant affectés ont cédé aux boissons chargées d'acide carbonique, aux sangsues appliquées au fondement, aux fomentations émollientes sur le ventre et à une abstinence rigoureuse des substances alimentaires.

La guérison ne fut pas absolument parfaite sur chacun de ces individus. Parmi eux, neuf ont conservé des fistulettes d'étendue variable, qui les ont obligés à porter constamment un bandage compressif, afin de prévenir la sortie plus ou moins abondante de gaz, de mucosités, de liquides biliaires et même de matières stercorales. Les 29 autres ont été, complètement et pour toujours, délivrés de leur incommodité dans l'espace de deux à six mois.

« D'où il résulte que, en définitive, la nouvelle opération n'a été mortelle qu'à 1 individu sur 14, et même si l'on écarte l'individu qui périt d'indigestion, qu'à 1 sur 20, proportion beaucoup plus favorable que celle que présentent la plupart des grandes opérations de chirurgie. Il est à remarquer aussi, que les trois quarts des sujets opérés ont été entièrement et radicalement guéris ; que ceux du dernier quart, quoique obligés encore de porter un bandage obturateur, ont été amenés à une condition incomparablement meilleure que celle dans laquelle ils étaient précédemment et que chez les uns comme chez les autres, on pouvait considérer comme ayant entièrement cessé une lésion qui rendait leur existence presque insupportable ou menaçait même de les faire périr. »

Comme nous allons le voir, cette statistique offre un fait remarquable, c'est le grand nombre des guérisons obtenues avec l'application seule de l'entérotome. 29 succès sur 41, soit 70,73 pour 100. Remarque déjà faite dans la thèse d'agrégation de notre maître, le professeur Pollosson (p. 6). Les insuccès, 21,95 pour 100, sont aussi moitié moins nombreux que ceux des statistiques des chirurgiens qui ont employé la même méthode. La mortalité est de 7,32 pour 100. Nous savons combien de temps

ces opérés ont mis pour obtenir leur guérison après le rétablissement du cours des matières par la section de l'éperon. La durée du traitement a varié entre 2 et 6 mois. C'est une considération qui n'est pas à négliger.

La seconde statistique d'ensemble est celle donnée par M. le professeur Pollosson, dans sa thèse d'agrégation de 1883. Elle porte sur 35 cas. On eut recours 26 fois à l'entérotome. 10 fois l'entérotome ou un autre procédé de section ont été seuls employés, et dans 16 cas restants, on eut besoin d'une opération complémentaire, pour fermer l'orifice cutané après avoir sectionné l'éperon.

Sur les dix cas dans lesquels on ne se servit que de l'entérotome, on eut une mort et un résultat inconnu.

La guérison fut obtenue pour les 8 derniers cas dans un laps de temps, qui a varié de 3 mois à 11 mois, ou bien l'ancien trajet s'était transformé en une fistule jugée guérissable par les moyens simples tels que : compression, cautérisation, au moment où le patient ne fut plus suivi.

L'orifice, n'offrant aucune tendance après la section de l'éperon à se réduire, on fut amené à intervenir par des anaplasties dans 16 cas, qui donnèrent 10 fois une guérison complète, 3 fistulettes, 2 échecs et une mort.

Les 9 observations d'anús contre nature, qui complètent les 35 cas rapportés, n'offraient pas d'éperon. Ils ont nécessité l'emploi des procédés autoplastiques.

La guérison fut tantôt radicale, tantôt une fistule persista pendant plusieurs années.

En somme la mortalité reste la même, ou à peu près, dans cette statistique que dans celle de Dupuytren. Mais les insuccès augmentent dans des proportions remarquables, 61,3 pour 100 au lieu de 21,95 pour 100, pour les

26 cas où l'entérotome a été employé. Ce qui frappe surtout c'est la longueur du traitement, qui, dans les observations où il est indiqué, donne une attente qui a dépassé en général comme moyenne 6 mois. Hache en réunissant les statistiques de Heiman, Korte, Pollosson (in *Bulletin médical*, février 1888), donne 95 cas d'anus contre nature où l'entérome a été seul employé. Par ce procédé on aurait obtenu 60 guérisons complètes. 26 fois une fistule persiste, 9 fois la mort survient. La méthode est accusée quatre fois de la perte des patients; une fois la mort serait survenue après une application trop précoce de l'instrument. Enfin, dans 3 cas les causes de la mort sont étrangères au procédé. Cette statistique a été surtout faite au seul point de vue de la mortalité, qu'on voulait opposer à celle de l'entérorrhaphie.

Dans la thèse de Goetz, Genève 1889, nous voyons que cet auteur a pu réunir 113 cas d'entérotomie. C'est un travail très complet, où les diverses méthodes employées pour la guérison des anus contre nature et des fistules stercorales, sont étudiées avec soin.

L'application, de l'entérotome seul, donne 44,25 pour 100 de guérisons, 52,21 pour 100 d'insuccès et 3,54 pour 100 de morts. De plus, l'instrument a dû être appliqué en moyenne deux fois pour chaque cas, pour obtenir la section de l'éperon.

Nous sommes loin des chiffres de Dupuytren. Pour ce dernier, la destruction de l'éperon, qui s'oppose au passage des matières du bout stomacal dans le bout anal, une fois obtenue, le malade était considéré comme guéri. On reconnaît ainsi qu'il y a erreur, et que si, par la section de l'éperon, l'orifice cutané peut se fermer spontanément,

c'est là le cas le moins fréquent. En général, l'orifice cutané persiste et demande à être fermé dans une seconde intervention, par les procédés dits anaplastiques.

En comprenant l'entérotomie comme le premier temps de la méthode, et en additionnant les résultats obtenus par les opérations secondaires, ayant pour but la fermeture de la brèche abdominale, Goetz arrive à donner 77,27 pour 100 de succès, 21,21 pour 100 d'insuccès et une mortalité ne dépassant pas 1,51. Ces chiffres se rapprochent de ceux de Dupuytren qui, nous le savons, obtenait 70,73 pour 100 de guérisons. La mortalité est bien diminuée 1,52, mais on a été obligé pour ce faire de ne point comprendre six morts, survenues dans l'intervalle du traitement et pour des causes jugées étrangères à la méthode.

La guérison s'est fait attendre d'un à quatorze mois et plus, pour les patients qui n'ont subi que l'entérotomie, donnant une moyenne d'au moins huit mois. Les procédés autoplastiques, envisagés à ce point de vue, ont donné des résultats très variables, difficiles à apprécier, car très souvent les malades ont été considérés comme guéris, quoique porteurs encore d'une petite fistule.

Dans les observations, où le temps que ces fistules ont mis à se fermer est indiqué, on voit qu'il a fallu attendre l'oblitération complète d'un à six mois.

Lorsqu'on est intervenu pour obtenir la guérison définitive de ces fistulettes, on voit que la longueur du traitement est fort variable. Ce sont les procédés qui s'attaquent délibérément à l'intestin et à ses parois qui offrent le plus de chance de donner une guérison rapide. En effet, nous voyons que le nouveau procédé Polano-

Czerny, qui se rapproche le plus de l'entérorrhaphie circulaire, délivre les patients en 3 semaines de leur infirmité (statistique de Goetz, 4 cas).

Longueur du traitement, c'est un point dont ne tiennent pas assez compte les partisans de l'entérotomie suivie ou non d'opérations complémentaires. Les procédés nouveaux d'anaplastie, qui ouvrent la grande séreuse abdominale, tels que celui de Polano ou de M. Chaput (entérorrhaphie latérale), donnent bien des résultats plus rapides que ceux de Malgaigne ou de Denonvilliers, mais malgré cela, ils n'évitent pas aux malades trois à quatre mois d'attente, qui sont nécessaires après la section de l'éperon lorsque ce dernier existe.

Un point sur lequel les auteurs sont muets, c'est le nombre exact des patients qui sont morts dans l'intervalle du traitement, du fait de leur lésion, qui les expose à toutes espèces d'infections et à une dénutrition souvent rapide. L'entérotome a rétabli le cours des matières dans le bout anal et l'on se propose plus tard, si la guérison ne survient pas, d'intervenir pour obturer l'orifice cutané. Mais une complication du côté du poumon une maladie infectieuse quelconque, vient enlever le malade. L'opération qu'il avait subie pour son infirmité avait réussi. Cependant malgré tous les soins de propreté dont on entoure sa fistule persistante, malgré l'hygiène à laquelle on le soumet, il reste dans un état de moindre résistance, qui ne lui permet pas de se défendre contre les infections et il succombe au moment où son anus était réduit à une fistule insignifiante. Ces cas ont toujours été comptés comme succès à l'actif de l'entérotome. Cependant, si le patient avait été à même de lutter contre les infections du dehors, si

digestion lui avait permis de balancer les pertes de son organisme il n'aurait pas succombé. Il arrive ainsi, qu'à l'insu même des chirurgiens, la mortalité, donnée par les statistiques de l'entérotomie, doit être plus élevée.

Combien de malades ont succombé du fait de vivre dans un milieu constamment souillé, de ne pouvoir exactement balancer par une bonne alimentation les pertes et profits de leur organisme, de subir en outre souvent la suppuration de leur trajet fistuleux ? Nous ne pouvons nous prononcer. Mais à voir les phénomènes d'inanition, qui se produisent chez ces patients, on comprend que les cas doivent être nombreux, et que les chirurgiens aient cherché une méthode qui n'offre pas le grave inconvénient de laisser traîner pendant des mois les malheureux porteurs d'anús contre nature, infirmité dégoûtante, qui les rejette en dehors du milieu social.

Statistiques d'entérorrhaphies circulaires. — L'entérorrhaphie circulaire ne tarde pas à faire de nombreux adeptes après les discussions des 7^e, 8^e et 9^e Congrès de Chirurgie allemands. La première statistique un peu importante, sur ce nouveau procédé de cure des anus contre nature et fistules stercorales, est celle de Rydygier (*Berlin. klin. Woch.*, 1881). Elle donne une mortalité brutale de 33,3 pour 100. La seconde, publiée l'année suivante par Julliard de Genève, dans la *Revue de la Suisse romande*, comprend 25 cas, avec une mortalité de 33 pour 100.

Dans la thèse d'agrégation de M. le professeur Pollosson et dans le travail très complet et très consciencieux de M. Bouilly (*Revue de Chirurgie*, 1883), nous trouvons

réunies 28 entérorrhaphies circulaires. A cette époque, le résultat n'était guère brillant, puisque le pourcentage donnait plus d'une mort sur trois opérés, exactement, 37,7 pour 100 de mortalité.

Un point, sur lequel ont particulièrement insisté les auteurs précités, ce sont les causes qui ont amené la mort 11 fois sur 29 cas. Elles ont leur intérêt. Deux patients succombent à des maladies qui n'ont rien à voir avec l'intervention, 1 par embolie pulmonaire, 1 second de pneumonie. Les 9 derniers morts se répartissent ainsi :

5 cas par péritonite : 4 fois à la suite d'une perforation, ayant pour siège la région mésentérique et 2 fois une autre partie de l'intestin. Dans un seul cas, il n'y a pas de perforation. Trois morts sont amenées par obstruction intestinale : par rétrécissement immédiat 1 cas, par étranglement sur bride, 1 cas, par cause inconnue 1 cas.

Un patient fut perdu par collapsus opératoire. Au total, 11 morts. Le simple énoncé des causes ayant amené cette dernière suffit à bien montrer qu'on se trouve en présence de défauts de technique, et qu'il suffira de perfectionner la méthode pour obtenir des résultats moins meurtriers.

Les 18 fois que la guérison fut obtenue, elle fut rapide, complète, sauf dans 3 cas où s'établit une fistulette stercorale se fermant en quelques jours. Cette guérison est survenue en général sans fièvre, ni symptômes de péritonite, ni ballonnement. Le cours des matières s'établit du 3^e au 11^e jour.

Les conclusions de M. le professeur Pollosson et de M. Bouilly furent à cette époque qu'une opération qui donnait plus d'une mort sur trois opérés ne pouvait être

érigée en méthode générale. Aussi ces auteurs réservèrent-ils l'entérorrhaphie circulaire aux cas où, l'entérotome et les autres procédés s'étaient montrés impuissants, enfin aux complications des anus contre nature.

A partir de cette époque, les stastiques se multiplient. Heiman publie, en 1884, 34 cas d'entérectomie secondaire (*Deutsch. med. Woch.*, n° 7, 1884). Makins en 188 (*St-Thomas's Hosp. Report*, t. XIII p. 181) donne 39 cas avec une mortalité de 38,4 pour 100. En 1888 (in *Bullet. med.*, fev. 1888), Hache rapporte 43 cas d'entérectomie. Petit, la même année dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, collige 54 cas de cette opération avec 37,3 pour 100 de mortalité.

Goetz (*loco. cit.*) réunit 77 entérorrhaphies circulaires, appliquées au traitement des anus contre nature qui donnent 25 morts. Les causes qui ont amené cette dernière, sont 9 fois la péritonite par perforation, l'occlusion intestinale consécutive à la suture 3 fois, péritonite septique sans perforation, 7 fois. Embolie pulmonaire, 1 cas. Cinq fois, la mort fut causée par des accidents en dehors de l'opération.

La guérison fut obtenue parfaite et complète dans 46 cas; dans 6 cas, il y eut persistance d'une fistule.

Dans quelques cas, on a noté des vomissements attribuables à l'anesthésie, quelques phénomènes dus au ballonnement, phénomènes qui ont disparu dès que le patient put aller du ventre; ce qui arrive du quatrième au sixième jour.

En général, la plaie abdominale se réunit par première intention.

Pendant les quelques jours que les malades mettent à se

rétablir, les symptômes tels que : fièvre, péritonisme, n'existent pas.

Enfin, quelques malades ont été revus, plusieurs années après avoir été opérés, sans qu'ils aient à aucun moment présenté des symptômes d'obstruction intestinale. De tous ces cas de mort, si l'on retranche ceux qu'une application stricte des règles de l'antisepsie et du manuel opératoire aurait pu éviter, on tombe immédiatement à une mortalité voisine de 7 pour 100 qui n'a rien désormais d'extraordinaire et se trouve comparable à celle de l'entérotomie et des méthodes anaplastiques qui, elles donnent 7 pour 100, dans celle de Dupuytren, et 3,54 pour 100 dans celle de Goetz.

Devons-nous conclure des chiffres donnés par les travaux des divers auteurs, que nous venons de passer en revue, que l'entérorrhaphie a ses indications spéciales et que l'entérotomie et les méthodes autoplastiques et anasplastiques sont les procédés de choix dans le traitement des anus contre-nature? ou bien enfin, adopter les idées de M. Chaput, qui veut rejeter l'entérorrhaphie circulaire de la thérapeutique des anus, pour ne conserver que l'entérotomie, et là où cette dernière n'est plus suffisante l'entérorrhaphie latérale et surtout l'entéro-anastomose.

Nous croyons qu'à l'heure actuelle les statistiques sont à refaire, et que vouloir porter un jugement avec des documents qui datent de plus de 10 ans ou seulement de ces dernières années, serait faire fausse route. Les documents récents sont là pour le dire. A cette époque, en effet, et ceci ressort d'une façon très nette des observations suivies de mort, la péritonite est le gros échec de la méthode;

qu'elle résulte de l'imperfection des sutures et de leur rupture, ou bien de l'infection de la séreuse abdominale par une faute quelconque relevant de l'antisepsie et de l'asepsie.

Mais même dans ces statistiques, on voit que quelques chirurgiens obtiennent constamment des succès là où d'autres ne subissent que des échecs. C'est ainsi que Shède, sur quatre opérés, n'en perd qu'un, et encore c'est la première opération de cet auteur en 1878, au début même de la méthode, alors qu'on n'était guère fixé sur le détail opératoire et que les règles de l'antisepsie n'étaient pas appliquées avec la rigueur qu'elles demandent.

Julliard de Genève qui, dès la première heure, fut un chaud partisan de la méthode, obtient six guérisons dans six cas d'anus contre nature en réséquant l'anse intestinale perforée et en suturant bout à bout les deux cylindres ainsi sectionnés.

En face de ces faits, on est bien vite amené à conclure qu'une méthode qui peut donner des résultats aussi brillants ne doit pas être rejetée, qu'elle ne doit pas surtout rester l'apanage de quelques privilégiés.

La statistique de Billroth est particulièrement intéressante. Si, dans les résections de l'intestin que fit ce grand chirurgien jusqu'en 1892, nous ne prenons que celles qui furent exécutées pour obtenir la fermeture d'anus contre nature, traumatiques ou herniaires, nous voyons que l'entérorrhaphie circulaire lui a donné 14 succès sur 14 opérés. Voici l'énumération de ces cas : 11 fois l'entérectomie secondaire a porté sur l'intestin grêle. Les patients se répartissent ainsi : sept hommes et quatre femmes, qui ont fourni neuf anus contre nature d'origine

herniaire, dont sept inguinaux et deux cruraux, plus deux anus consécutifs à un traumatisme.

Dans trois autres cas de fistules ombilicales, portant sur le gros intestin, la même méthode donne trois succès. C'est un cent pour cent remarquable.

Doyen, de Reims (*Archiv. provinciales de chirurgie*, n° 1, juillet 1892), rapporte trois observations d'entérectomie secondaire appliquée au traitement des anus contre nature d'origine herniaire. Il obtient deux succès rapides et complets, et le troisième malade meurt dans le collapsus et l'hypothermie, par administration accidentelle et intempestive d'un lavement corrosif pratiqué par un empirique avant l'intervention.

Nous pourrions multiplier les observations d'entérectomie secondaire, appliquée aux anus contre nature, en rapportant les interventions éparses dans les revues ou journaux. Mais nous croyons qu'il n'y a aucun intérêt à le faire, car une statistique établie dans ces conditions ne prouverait pas grand'chose, étant donnée la tendance générale à publier les cas heureux et à passer sous silence les insuccès.

Ce qu'il faut apporter dans le débat, ce sont surtout et autant que possible des observations du même chirurgien, qui a appliqué, aux cas d'anús contre nature qu'il a traités, la même méthode.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — V..., C..., soixante-sept ans, cultivatrice (Haute-Savoie).

Le 15 mai 1891, une hernie crurale droite, ignorée de la malade, s'étrangla. On appliqua des cataplasmes ; au neuvième jour, un abcès stercoral s'ouvrit spontanément, et le cours des matières s'établit par cette ouverture. Au début, les évacuations consistaient en substances alimentaires peu modifiées : elles prirent plus tard l'aspect de matières fécales liquides.

La malade entre le 25 juillet 1891 dans la salle Saint-Paul.

L'état général est resté bon. Dans la région crurale droite, on trouve deux orifices du calibre d'un porte-plume, à peine distants de 5 centimètres, livrant passage à des matières fécales liquides, jaunâtres. La malade prétend qu'elle a quelques évacuations par l'anus : mais en cinq jours elle n'a pu en donner la preuve.

Opération, le 30 juillet. Anesthésie à l'éther. L'exploration par le stylet indique une cavité sous-tégumentaire, mais ne donne aucun résultat en ce qui concerne l'examen des bouts intestinaux.

On réunit les deux orifices par une incision parallèle et sous-jacente à l'arcade, incision prolongée sur une étendue de 8 centimètres. On tombe dans une cavité, vraisemblablement la cavité du sac herniaire. Au fond, vers l'anneau crural, on aperçoit un bout d'intestin épaissi,

altéré par l'inflammation, avec une perte de substance de la dimension d'une pièce de vingt sous. Le doigt, par cet orifice, pénètre dans l'anneau crural ; la constriction est telle dans cet anneau, qu'on ne peut introduire le bout du petit doigt dans l'un et l'autre bout intestinal. On débride alors l'anneau, en dehors de la paroi intestinale. Le doigt peut alors être introduit et on explore le tube intestinal. Il n'y a pas d'éperon, il s'est agi d'un pincement intestinal assez étendu.

Vu l'absence d'éperon, on ne songe pas à l'entérotomie de Dupuytren. D'autre part, la perte de substance est trop étendue, pour qu'on se contente d'une fermeture de l'orifice intestinal par suture, en rapprochant les bords. On se décide à l'entérectomie. Avec le doigt et à l'aide de tractions, on décolle les adhérences peu solides et peu étendues de l'intestin avec l'anneau, et on attire au dehors une anse intestinale de 8 centimètres de longueur. On résèque, à distance des parties altérées, une longueur de 5 centimètres d'intestin grêle ; l'incision est faite obliquement et on pratique dans le mésentère l'excision d'un coin correspondant. On procède alors à la suture intestinale. On fait deux plans de suture : un plan séro-interstitiel et un plan séro-séreux ; on se sert de fil de soie très fin monté sur des aiguilles courbes. L'intestin se réduit sans difficulté.

On ne ferme pas la plaie intestinale, et on se contente de placer, au voisinage de l'orifice, une mèche de gaze iodée.

La malade est mise à la diète les jours qui suivent l'opération. Apyrexie complète. On donne de l'opium sous forme d'extrait thébaïque à la dose de 10 centi-

grammes par jour ; on le suspend au sixième jour. La malade prend, à partir du quatrième jour, du lait et du bouillon.

Rien à noter dans les suites de l'opération, si ce n'est qu'au dixième jour, on trouva dans le pansement une petite quantité de matière stercorale. La plaie fut lavée, et le même accident ne se reproduisit plus. La malade sortit guérie le 23 août 1891.

OBSERVATION II. — Ch. M., quarante ans, Tramayes, (Saône-et-Loire). Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 13 décembre 1892.

Cette femme portait depuis plusieurs années une hernie crurale droite, sans bandage, arrivée au volume d'un poing.

Un mois avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, cette hernie s'étrangla. L'étranglement fut abandonné à lui-même, et au huitième jour, il s'établit spontanément un anus contre nature.

A l'entrée, état général bon. Dans la région crurale droite on trouve un orifice étroit, du diamètre d'un porte-plume, livrant passage aux matières intestinales liquides. Rien ne passe par l'anús normal.

Le 18 décembre, la malade est anesthésiée à l'éther. Incision cutanée ellipsoïde circonscrivant l'orifice ; dissection périfistulaire. On arrive au niveau de l'anneau crural ou l'on reconnaît la face externe du sac ; on le décolle facilement du pourtour de l'anneau crural et on peut attirer l'intestin au dehors, avec traction légère faisant céder les adhérences. Il existe une perte de substance de

dimension d'une pièce d'un franc, et un éperon très marqué. On fait l'entérectomie en tissu sain, en donnant une direction oblique aux deux coupes ; le bout inférieur est de dimension notablement moindre.

Deux plans de suture à la Czerny sont exécutés au catgut chromique avec l'aiguille de Reverdin. Pour opérer sans effort, on débride l'anneau crural en avant. On ne ferme pas la plaie qui est bourrée de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été d'une simplicité parfaite, il n'y eut ni température, ni réaction péritonéale.

La guérison a été obtenue en quinze jours.

OBSERVATION III. — X... Y..., âgé de trente-cinq ans.

Hernie inguinale droite étranglée et gangrenée, opérée par M. Albertin, qui a établi un anus contre nature.

Opération le 13 février 1893, trois mois après l'établissement de l'anús. Il a fallu ce temps pour la détersion de la plaie. L'état général restant bon, on a attendu la cicatrisation. Toutes les matières intestinales sortaient par l'anús anormal.

Anesthésie à l'éther. Incision circonscrivant la fistule et se continuant à gauche et à droite parallèlement à l'arcade sur une étendue de 3 centimètres de chaque côté.

Dissection périfistulaire, le doigt étant introduit dans l'orifice ; on isole facilement l'intestin sur l'étendue du trajet et on arrive à l'anneau.

A ce moment on détache les adhérences avec le bout du doigt, en s'aidant d'une légère traction. On attire l'anse perforée hors du ventre de façon à voir l'intestin

sain. On excise la portion de l'anse qui est altérée, six centimètres environ, et un coin du mésentère. Suture au catgut chromique, à points séparés, à l'aiguille courbe de Reverdin. Deux plans de suture à la Czerny-Lembert. Réduction après débridement léger de l'anneau. On ne ferme pas la plaie, on place une mèche de gaze iodoformée pénétrant jusque dans le trajet inguinal.

Le malade sort guéri quatre semaines après l'opération.

OBSERVATION IV (inédite). — P... M..., trente-neuf ans. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Paul, le 15 août 1893.

La malade raconte qu'il y a 2 mois et demi elle fut prise de vomissements, de douleurs au niveau d'une ancienne hernie crurale droite mal contenue.

Un phlegmon stercoral s'ouvrit à la paroi et depuis ce temps-là, les matières ne passent plus par l'orifice anal.

Actuellement anus contre nature à orifice cutané assez large, revêtu dans le trajet de muqueuse. Le doigt pénètre dans une cavité, probablement l'ancien sac et l'on sent un éperon peu saillant. Les deux orifices intestinaux peuvent être explorés. Les tissus au milieu desquels s'ouvre l'orifice cutané sont indurés, mais non enflammés. Rien ne passe par le bout inférieur. Aucune tendance à la guérison spontanée à cause de l'éperon, qui joue le rôle de valvule sur le bout anal. Bon état général.

On prépare la malade à subir l'intervention, purgatifs, lavements, bains.

Le 5 septembre on intervient. Anesthésie à l'éther, incision périfistulaire, se continuant en haut avec une

seconde parallèle à cette dernière. On arrive à l'anneau. Perte de substance sur l'intestin plus large qu'une pièce de 1 franc. On débride et l'anse sur laquelle porte la perforation est amenée au dehors après décollement fait avec les doigts en s'aidant de tractions légères. Résection de 6 centimètres d'intestin environ. Les surfaces qu'on se décide à affronter sont légèrement dépolies par l'ancien travail inflammatoire. La coupe est faite obliquement. On enlève un segment triangulaire du mésentère. 2 rangées de sutures Czerny-Lembert à l'aiguille Reverdin et au catgut chromique. Les bords s'affrontent bien.

La réduction s'opère sans nouveau débridement de l'anneau. Gaze iodoformée dans le trajet. L'opération a duré une heure.

Température le soir 37,3, le second jour 38, puis régulière. Selle au sixième jour précédée de coliques. Guérison complète 25 jours après. Sortie le 12 octobre.

OBSERVATION V (inédite). — *Hernie inguinale étranglée. Anus contre nature. Entérorrhaphie.*

A. B..., P..., 26 ans, cultivateur, demeurant à La Bâtie (Isère). Entre à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1894.

Depuis 4 ans le malade était porteur d'une hernie inguinale, qu'il maintenait au moyen d'un bandage. Brusquement, à la suite d'un accident lui ayant brisé son bandage, le patient raconte que sa hernie est descendue dans les bourses. La douleur fut violente et le malade dut s'aliter pendant deux jours. Les symptômes douloureux persistèrent aussi violents qu'au moment de l'accident. Malgré cela, il n'eut aucun vomissement, il n'avait pas

non plus d'obstruction intestinale, si l'on en croit le patient. Un médecin fut appelé qui établit un anus contre nature. Un mois plus tard, on a cherché par l'application d'un entérotome, instrument qu'il a supporté pendant 5 jours 1/2 à rétablir le cours des matières. Il n'y eut aucun résultat. Les forces du malade diminuèrent d'une façon sensible. Il vient à l'Hôtel-Dieu sur le conseil de son médecin.

Actuellement, le malade se présente avec un anus contre nature siégeant au niveau de l'orifice inguinal droit. Les dimensions de l'orifice sont de 2 centimètres, parallèlement à l'arcade et de 1 centimètre en hauteur. Les téguments environnants, sur un rayon de quelques centimètres, offrent une zone érythémateuse assez marquée. Pendant les efforts de toux, la muqueuse intestinale vient faire hernie et s'everser à l'extérieur, livrant passage au centre d'un bourgeon muqueux, à des matières et à du mucus.

Le malade donne les renseignements suivants sur l'issue des matières. Elles sortent en majeure partie par l'anús contre nature. Les évacuations assez fréquentes se montrent, en particulier, après les repas. Elles sont semi-liquides, teintées en jaune.

Le malade n'accuse pas de douleurs abdominales. Jamais l'orifice cutané n'aurait été le siège d'inflammation un peu violente.

L'exploration digitale fait sentir un éperon tranchant à 2 centimètres environ de la surface tégumentaire. On pénètre facilement dans le bout stomacal, le bout anal est assez difficilement accessible au doigt.

L'état général n'est pas mauvais à l'heure actuelle.

L'intervention est décidée. Le malade est soumis au régime pré-opératoire.

Opération. Nettoyage à la brosse, au savon et à l'alcool, du champ opératoire. Irrigations boriquées tièdes dans le bout supérieur. Anesthésie à l'éther.

Incision ovale de la peau circonscrivant l'orifice intestinal et passant à 1/2 centimètre de l'insertion de la muqueuse.

Le bout supérieur est dégagé très facilement. Le bout inférieur ne cède pas tout d'abord aux tractions et présente des adhérences assez intimes avec les éléments du cordon. On est obligé de les détruire en s'aidant des doigts pour pouvoir amener son extrémité au dehors. Il n'est pas rétréci, mais offre une friabilité spéciale, en effet, à 1 centimètre 1/2 de la perte de substance, on voit que les tractions ont amené une déchirure portant sur une partie peu étendue du cylindre.

On isole autant que possible l'anse ainsi herniée de la cavité péritonéale avec des tampons de gaze.

Lavage boriqué balayant l'orifice du bout supérieur de l'anus au niveau duquel une quantité assez abondante de mucus vient se montrer.

Excision intestinale, qui enlève 2 centimètres environ, du bout stomacal et 4 centimètres sur le bout intestinal inférieur. Le mésentère est détaché en coin. On fait sur lui une ligature au catgut.

L'affrontement des deux cylindres est obtenu par deux rangées de sutures, la première par le point de Czerny, la seconde par le Lembert. On vérifie les points. Lavage à l'eau stérilisée. Un peu d'iodoforme sur la ligne de sutures.

La réduction se fait facilement. Gaze iodoformée dans le trajet. Pansement.

L'opération a duré 1 h. 20, l'anesthésie n'a présenté aucun incident.

Dans la journée, une piqûre de morphine de 1 centigramme. Quelques fragments de glace dans la bouche du patient. Rien de particulier jusqu'à 4 heures du matin. A partir de ce moment, douleurs abdominales violentes. Vomissements d'abord glaireux, puis porracés.

Les symptômes s'accroissent rapidement, le facies est terreux, les yeux cerclés. Les extrémités se refroidissent. Le malade succombe 24 heures après l'intervention.

Autopsie. — L'anse intestinale, dont la continuité a été rétablie par les sutures, a ses parois épaissies, avec des plaques verdâtres purulentes. Elle est située dans la fosse iliaque interne dans une loge presque cloisonnée. Elle baigne affaissée dans un liquide rouge noirâtre.

Outre les adhérences molles dues à la péritonite récente, on trouve des adhérences plus anciennes organisées, qui réunissent le grand épiploon à la paroi. Des brides nombreuses le tiennent fixé en haut et à gauche. C'est plus particulièrement aux abords de l'ancienne lésion que l'on rencontre ces vieilles adhérences qui gagnent la face antérieure de la vessie. La résection a porté sur l'extrémité inférieure de la troisième portion de l'intestin grêle.

Après avoir détaché l'anse qui a subi l'entérorrhaphie circulaire, on constate qu'en cherchant à la remplir d'eau, un filet s'échappe près de la région mésentérique, mais non à son niveau. L'orifice mesure à peine 2 millimètres de diamètre.

OBSERVATION VI (inédite, due à l'obligeance de M. A. Pollosson).

M. X. femme, cinquante ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 octobre 1892. Service de M. Auguste Pollosson. Opérée il y a six mois d'une hernie inguinale droite, par un médecin qui lui a établi un anus contre nature.

Depuis cette époque, toutes les matières passent par l'anus contre nature, sauf quelques liquides glaireux par le rectum.

L'anus contre nature présente un orifice ovalaire, admettant le passage de l'index. La muqueuse est éversée autour de l'orifice cutané.

On prépare la malade pendant quelques jours. Le 26 octobre, elle est opérée. Anesthésie à l'éther. Incision circonférentielle au niveau des limites de la muqueuse. A droite et à gauche petits débridements de 2 centimètres. La muqueuse, puis la totalité des parois intestinales sont décollées avec les doigts. L'intestin est attiré au dehors. Le décollement dans la zone des adhérences est fait sur une étendue de 1 c. m. 50, sans difficulté, et sans qu'on soit obligé d'agrandir l'anneau fibreux. L'intestin est attiré au dehors sur une étendue de 10 à 12 centimètres. En fait de péritoine, on ne voit que celui qui recouvre l'anse attirée. La perforation porte sur l'intestin grêle. Le bout inférieur n'est pas rétréci. On pratique une section circulaire de l'intestin, au-dessus et au-dessous de l'anus contre nature. L'oblitération temporaire, des bouts sectionnés, est faite avec les doigts d'un aide. Une ligature de soie est placée sur la portion mésentérique, correspondant à l'anse sectionnée. On fait une suture intestinale à la soie avec vingt-quatre points séro-muqueux. L'aiguille

entre à 2 ou 3 millimètres de la section du côté du péritoine, et vient sortir entre la muqueuse et la musculieuse, puis suit une marche similaire et inverse sur la lèvre opposée. On ne fait qu'un seul plan de sutures. L'intestin ne paraît nullement diminué de calibre par cette suture et conserve à ce niveau toute sa souplesse. L'anse est rentrée dans l'abdomen. On place deux points de suture pour diminuer l'orifice abdominal et la plaie est rapprochée, mais non suturée.

Le malade n'a pas de fièvre, ni de vomissements. Au septième jour évacuation spontanée. Au bout d'un mois, le malade quitte l'hôpital.

Résultats.—L'entérorrhaphie circulaire dans les observations que nous rapportons, a toujours été exécutée pour anus contre nature, établis à la suite d'une gangrène herniaire, 3 fois spontanément, 3 fois par les soins du chirurgien.

Les patients furent 2 hommes et 4 femmes.

Le plus jeune a vingt-six ans, le plus âgé soixante-sept.

Le siège de l'anus a été : région crurale 3 fois, région inguinale 3 fois.

Résultats. — 5 guérisons, 1 mort.

Particularités relatives à l'intervention.

5 fois il y avait un éperon, 1 fois il manquait.

La longueur d'intestin réséqué varie de 4 à 6 centimètres. Elle s'est faite en tissu sain ou légèrement dépoli et poisseux. M. le professeur Pollosson a constaté que ce dernier état, loin de contrarier la réunion, lui était au contraire très favorable.

La coupe a toujours été oblique et non perpendiculaire à la lumière intestinale, sauf dans un cas (obs. VI).

Le mésentère fut toujours détaché en coin, pour éviter le plissement, et après la section seulement de l'intestin.

Les sutures, sauf dans 2 cas, ont été toutes exécutées au catgut chromique, conservé dans la solution phéniquée à 50/000. Excepté dans deux cas, dont l'un suivi de mort, et sur lequel nous allons revenir, le second (obs. I) où la mèche introduite dans le trajet fut souillée, les sutures se sont montrées suffisantes.

Le nombre des points a toujours varié entre 24 et 40. Une seule rangée de sutures séro-interstitielle fut employée dans l'observation VI.

L'intervention a été très facile dans 5 cas, sauf pour l'observation V, l'incision périfistulaire a suffi pour mener à bien le décollement, qui s'est opéré avec l'extrémité digitale et en s'aidant de tractions légères. Pour attirer l'anse au dehors, quelques débridements ont suffi.

L'intestin une fois recousu fut toujours réduit et replacé dans la cavité abdominale.

Le trajet n'a jamais été suturé. Une mèche de gaze iodoformée assure le drainage. C'est une soupape qui a eu un résultat très heureux dans l'observation I, où l'on se servait de la soie pour les sutures.

La guérison est surtout remarquable par sa rapidité et l'absence de complications dans 5 observations. Les patients passent en quelques jours de l'état de maladie à l'état de santé, sans s'en apercevoir. Ils sont tous rétablis et guéris après trois semaines. Jamais de température.

L'intervention a été fatale pour un patient (obs. V),

et chez lui, mieux que chez les autres, l'entérorrhaphie était indiquée, puisqu'un essai d'entérotomie avait échoué et probablement amené une poussée de péritonite locale constatée à l'autopsie. La libération du bout inférieur fut surtout laborieuse à cause des adhérences avec le cordon et les organes voisins, et fit perdre beaucoup de temps. Les tissus de ce dernier étaient d'une grande friabilité.

L'intervention a-t-elle réveillé l'ancien foyer de péritonite et causé la mort du patient? Nous ne saurions le dire. En tout cas, elle a compliqué beaucoup l'entérorrhaphie et gêné l'affrontement des cylindres. Nous sommes là en présence d'un cas particulier, auquel l'entérorrhaphie sera toujours défavorable à cause des adhérences anciennes étendues et solides, et là l'entéro-anastomose eût été préférable.

Nos observations sont trop peu nombreuses pour que nous élevions la prétention de vouloir donner un pourcentage de la mortalité.

Ce qui ressort de plus net, c'est que dans 5 observations où d'autres méthodes auraient pu être employées, l'entérorrhaphie a été d'une bénignité remarquable, et qu'elle a permis aux patients de rentrer dans la vie commune trois semaines après l'opération.

DISCUSSION

« L'entérorrhaphie circulaire répond, a dit M. le professeur Pollosson, à toutes les indications des anus contre nature, il y a des réunions anormales ; elle libère l'intes-

tin, des pertes de substance, elle les répare par le rapprochement de l'intestin, de la peau ; des séparations anormales, elle réunit par suture ; des excès de substance, elle les supprime par l'entérectomie ; des changements de rapport, elle les restitue, en rétablissant l'axe intestinal en réduisant dans la cavité abdominale les parties déplacées vers les orifices herniaires.

« Elle répond à toutes les conditions d'une bonne anaplastie dans le sens où l'entend M. le professeur Verneuil. C'est donc une opération parfaite en théorie et la pratique y répondrait, n'était la gravité spéciale des opérations qui ouvrent le péritoine. » (*In th. d'agrégation*, p. 23).

La dernière proposition de ce jugement qui était vraie en 1883 ne l'est plus aujourd'hui. Nous estimons en effet qu'avec les ressources, d'une part, que nous avons contre l'infection dritoinu pée, d'autre part, le perfectionnement du manuel opératoire, on peut et on doit éviter les vraies causes de mort dans l'entérorrhaphie; c'est ce qui ressort de nos observations, bien qu'elles soient peu nombreuses. Les avantages que donne la méthode sont immenses, si on les considère au point de vue de la durée du traitement, puisque les patients sont définitivement guéris en général dans une période, qui ne dépasse guère comme moyenne trois semaines. Ce n'est pas une considération de peu de conséquences. Nous ne sommes plus au temps de Louis où l'on pouvait discuter sur les avantages et les inconvénients qui résultent pour les patients d'une semblable lésion. Nous avons le devoir de leur enlever une infirmité repoussante, qui les met hors la loi commune et les condamne à vivre isolés pendant toute la période que dure leur infirmité, et même si la mortalité reste un peu plus

élevée dans notre intervention qu'avec les méthodes plus lentes, nous considérerons encore que nous avons le devoir d'agir ainsi : car nous savons que ces derniers ne tiennent pas compte, et ne peuvent pas le faire au reste, des morts survenues à la suite des maladies contractées pendant la durée du traitement.

Nous sommes convaincu que les malheureux porteurs d'anús contre nature sont exposés à des chances d'infections variées malgré tous les soins de propreté que l'on pourra prendre. En outre, comme leur lésion ne leur permet pas une digestion parfaite, leur état de santé sera compromis par le fait de la rupture de la balance entre les pertes et profits dans leur organisme.

Mauvaise nutrition, qu'on voit souvent se traduire chez les malades par une sécheresse spéciale de la peau et des muqueuses, une atrophie progressive de leurs masses musculaires, suppurations quelquefois, au niveau de leur perte de substance, autant de causes qui les placent dans un état de moindre résistance et qui préparent admirablement bien le terrain aux infections venues du dehors, tuberculose, pneumonies, etc.

C'est au moins cinq à six mois d'attente, dans ces conditions d'hygiène plus qu'insuffisantes, qu'on évitera au patient avec l'entérorrhaphie. Là ne se bornent pas les avantages de cette méthode. Elle permet de se rendre un compte absolument exact des lésions, perte de substance intestinale, éperon, trajet intra-pariétal et intra-péritonéal, le chirurgien a tout sous la main et peut au besoin modifier sa ligne de conduite suivant les indications de cette exploration ; rien n'est laissé au hasard. Si bien que si l'entérorraphie circulaire n'est pas applicable, soit par rétrécisse-

ment trop considérable du bout anal où oblitération de ce dernier sur une longueur ne permettant pas l'abouchement des deux cylindres, une intervention autre que celle qu'on se proposait pourra être exécutée dans le même temps opératoire. Les parois intestinales sont-elles sclérosées, rendues friables par le long travail inflammatoire, qui a précédé et suivi leur ouverture à la paroi abdominale, on pourra, on devra même les enlever et si l'adaptation n'est pas correcte, ou ne peut être établie par suite d'une péritonite localisée qui aura créé des adhérences solides et nombreuses avec les organes voisins, le chirurgien pourra, en connaissance de cause, appliquer une méthode nouvelle nécessitée par ce cas particulier. Il en serait de même si la longueur du mésentère ne permettait pas le déplacement nécessaire à un affrontement, comme c'est le cas quelquefois, lorsque l'anús est ombilical et porte sur le côlon transverse.

Les méthodes anciennes peuvent-elles se prévaloir des mêmes avantages? Lorsqu'on obtient la guérison avec l'entérotome seul, la durée du traitement, nous le savons, pour les cas favorables, est toujours longue. Dans la statistique de Dupuytren, elle est de deux à six mois, c'est un minimum.

Le rétablissement du cours des matières par la section de l'éperon est, en effet, très imparfait, puisque l'orifice cutané persiste, et c'est à un long travail de rétraction mésentérique que l'on demande l'obturation de ce dernier. Pendant tout ce temps le patient reste exposé aux inconvénients de cette infirmité. Il n'en est pas de même avec la résection suivie de suture.

Nous savons aussi que l'entérotome n'est pas toujours

bien supporté, et que de son application résultent des accidents variés. Souvent la section de l'éperon s'accompagne de vomissements, de ballonnement du ventre, de douleurs qui obligent à lever l'instrument et à attendre de meilleures conditions pour l'employer.

Quelquefois, la friabilité spéciale de ces tissus ayant subi un long travail inflammatoire, contre-indique la méthode. Heureux lorsqu'on s'en est aperçu à temps pour ne pas causer une péritonite mortelle.

L'épaisseur de l'éperon oblige à compter avec elle; l'entérotome n'est plus supporté, dès que cette dernière dépasse 6 centimètres comme l'a démontré Chaput (in *Arch. méd.*, 90).

On n'est pas non plus à l'abri des erreurs avec cet instrument. L'anus contre nature peut ne pas avoir d'éperon et présenter à la plaie une hernie de la muqueuse disposée en valvule qui figure un faux éperon. Le cas s'est présenté (Foucher, th. Pcllosson, p. 69), cette valvule fut sectionnée et l'intestin perforé à la base de cette dernière.

Parfois, l'on va saisir entre les mors de l'instrument de Dupuytren, ou l'un des nombreux appareils similaires, une anse intestinale derrière l'éperon, soit par mégarde, soit par impossibilité, d'avoir pu se rendre un compte exact de la disposition des parties constituantes de l'anus.

Enfin, le plus souvent, on doit procéder à plusieurs applications de l'instrument avant d'obtenir le but visé, section de l'éperon. Il est vrai d'ajouter que M. Richelot a proposé d'exécuter cette section en un seul temps entre deux pinces, et de suturer les deux lèvres de la plaie ainsi créée, mais cette méthode n'est pas sans danger.

Avec l'entérorrhaphie on n'a jamais à se préoccuper de semblables inconvénients. Lorsque le patient a subi l'application de l'entérotome, que le cours des matières a été rétabli, il conserve en général sa perforation intestinale et son orifice cutané qui livrent maintenant passage d'une façon intermittente aux gaz et à quelques matières. 64,49 pour 100 des entérotomisés sont dans ce cas (Goetz). Aussi, faudra-t-il une ou plusieurs interventions pour obtenir la fermeture de cette fistule. Les procédés ne manquent pas, et les auteurs se sont ingénies à en créer de nouveaux, les premiers, plus timides, s'attaquent à l'orifice cutané et au trajet, sans toucher à l'intestin (Diefenbach, Nélaton, Velpeau). D'autres chirurgiens, se rendant un compte plus exact des conditions de succès se sont attaqués en outre à l'orifice intestinal. Quelques-uns, comme Hahn, Malgaigne, Denonvilliers, Chaput, obturent ce dernier sans ouvrir le péritoine; d'autres ouvrent le péritoine et pratiquent l'entérorrhaphie latérale (Polano-Czerny).

Nous n'avons pas à faire un choix entre ces diverses méthodes, mais, fait intéressant, si l'on s'en rapporte aux observations de Goetz, les succès les plus nombreux et surtout les plus rapides, semblent être en faveur de l'entérorrhaphie latérale (procédé de Polano), qui donne 4 guérisons en 3 semaines.

Malgré ces diverses opérations, il reste 21,56 pour 100 (Goetz) des patients qui ne peuvent guérir, avec ces méthodes, et qui feront appel à l'entérectomie.

Combien de temps, en général, la guérison s'est-elle fait attendre pour les patients obligés de subir, après la section de leur éperon, une ou plusieurs interventions secondaires?

Il est bien difficile de se prononcer, sauf pour quelques procédés. Celui de l'entérorrhaphie latérale, qui se rapproche par plus d'un point, de l'entérorrhaphie circulaire, en cherchant surtout à pratiquer des sutures sur une séreuse saine, plus apte par conséquent, à une réunion, a donné des guérisons en trois semaines. Mais sans se tromper beaucoup, on peut certainement fixer la durée minimum des traitements des anus contre nature par l'entérotomie, suivie d'autoplasties ou d'anaplasties à 6 ou 8 mois. C'est une considération sur laquelle n'ont pas assez insisté les partisans de ces méthodes.

Enfin, certaines lésions des anus contre nature, ne relèvent que de l'entérorrhaphie circulaire, et ne peuvent être traitées ni par l'entérotomie, ni par les opérations anaplastiques. Ce sont les cas dénommés compliqués, qui, pour beaucoup de chirurgiens justifient seuls l'entérorrhaphie circulaire. L'énumération en est longue, chacun des éléments constituant de l'anūs : orifice cutané, trajet, intestin et éperon, pouvant, à un instant donné, contre-indiquer l'emploi de tel ou tel procédé autoplastique ou anaplastique. C'est ainsi que l'orifice cutané, quand l'anūs s'est établi à la suite d'une gangrène herniaire, peut ne pas être unique et présenter une série de pertuis, conduisant par de véritables tunnels à l'orifice intestinal. Après débridements, si l'on se trouve en présence de tissus durs, cicatriciels, ne permettant pas un examen des divers éléments de l'anūs, on doit appliquer l'entérectomie secondaire.

Le trajet constitué, tantôt avec un infundibulum et une partie intra-pariétale, tantôt par cette dernière seule, revêtu à son intérieur de muqueuse (anus labié) ou

tapissé de bourgeons charnus (fistule tubulaire,) donne lieu à un choix délicat des méthodes auxquelles il faut avoir recours, et souvent elles restent impuissantes. Ainsi il peut être très étroit, situé comme un puits au milieu de tissus indurés, ne cédant pas à une dilatation qui permettrait d'explorer les parties profondes de l'anus. Parfois aussi, à la suite de la rétraction du mésentère et des mouvements péristaltiques de l'intestin, le trajet s'allonge, et sa lumière ne se rétrécissant que dans la partie extra-péritonéale, laisse l'infundibulum se dilater par accumulation de matières à son intérieur et, finalement, ce dernier s'engorge. Le plus souvent les auteurs admettent que, dans ce cas, si la dilatation ne peut être maintenue, l'intervention de choix est l'entérorrhaphie circulaire.

La perte de substance, créée par l'anus, force souvent la main des chirurgiens les plus portés à temporiser. C'est ainsi qu'il faut intervenir immédiatement par l'entérorrhaphie lorsqu'elle porte, sur la première partie de l'intestin, sur le jéjunum à peu de distance de l'estomac, l'alimentation étant fort incomplète, par suite des principes nutritifs qui s'écoulent au dehors, entraînant les sécrétions des glandes intestinales, hépatique et pancréatique avant leur action.

Il y a longtemps aussi qu'on a reconnu que les deux bouts intestinaux, par leurs rapports réciproques, donnaient lieu à des indications spéciales.

Les chirurgiens ont toujours admis l'entérorrhaphie dans les cas où les deux bouts intestinaux, au lieu d'être soudés par leur côté mésentérique, sont éloignés l'un de l'autre avec un paquet intestinal qui les sépare, ou accolés par leur côté libre ou entre-croisés et contournés en spi-

rale. Il en est de même lorsque les adhérences fixant le bout inférieur, viennent à céder, et que ce dernier flotte libre dans la cavité abdominale.

De même aussi le rétrécissement du bout inférieur, est pour quelques-uns, lorsqu'on peut le comprendre dans les limites de la résection, une indication d'entérectomie.

Quand le trajet intra-pariétal est large il peut donner lieu à plusieurs complications. La paroi opposée à la brèche intestinale poussée hors du ventre peut venir faire saillie à l'extérieur. Petit à petit, les deux bouts intestinaux, ou un seul, de l'anus, constituent une tumeur recouverte de la muqueuse qui fait hernie. Dans ce cas les parois intestinales descendent, mais quelquefois la muqueuse seule glisse sur les plans sous-jacents, ce qui constitue dans les deux cas l'invagination, qui s'étrangle parfois. Dans cette occurrence il y a indication, si l'invagination est irréductible, à pratiquer l'entérorrhaphie.

On doit tenir la même conduite, lorsque l'intestin est perforé en plusieurs endroits, soit sur la même anse, soit sur des anses différentes. Il en est de même lorsque l'éperon est divergent, ou lorsqu'on ne peut le saisir entre les branches de l'instrument de Dupuytren, sans provoquer des douleurs violentes, des vomissements, du ballonnement.

La perte de substance intestinale peut être très large et l'anus sans éperon. Dans ce cas l'entérorrhaphie latérale peut être impossible à cause du rétrécissement qu'elle créerait, d'où nouvelle indication d'entérectomie.

Telles étaient, jusqu'à ces dernières années, les indications de l'entérorrhaphie circulaire appliquée à la cure des anus contre nature. Si l'on y joint les 21,50 pour 100

des patients qui n'ont pu retirer un bénéfice des autres méthodes, on voit que les cas ne manquaient pas où l'on devait recourir à son emploi.

Pour nous, nous croyons, qu'il y a des avantages considérables à ne pas créer ces distinctions, bonnes, il y a quelques années lorsque le chiffre de la mortalité de l'entérorrhaphie se maintenait à 30 pour 100.

Les méthodes antécédentes qui obligeaient les patients à subir un traitement de 6 à 8 mois avec plusieurs interventions, ne peuvent être comparées à l'entérorrhaphie circulaire.

La mortalité de cette dernière resterait-elle à 10 ou 15 pour 100, nous pensons qu'il faudrait encore opérer par cette méthode les malheureux porteurs d'une infirmité pareille, parce que ces chiffres seraient absolus et ne seraient pas relatifs comme ceux des statistiques d'entérotomie et des méthodes anaplastiques, où l'on n'a pu comprendre les morts dues à des conditions d'infection et de dénutrition, morts même, qu'on a souvent portées comme succès dans les statistiques.

Aujourd'hui, avec l'entérorrhaphie circulaire, on n'a plus à analyser chacune des complications qui peuvent survenir. On doit même s'attacher à les prévenir. C'est d'emblée, aussitôt que les phénomènes inflammatoires auront cessé, que l'on doit réparer en un seul temps la perforation intestinale, la perte de substance cutanée, y compris le trajet qui les réunit, sans s'inquiéter, s'il est possible, par une entérorrhaphie latérale, de réparer la difformité qui constitue l'anus contre nature. Cette dernière opération offrant, lorsqu'elle dépasse les limites des adhérences, tous les inconvénients d'une résection

circulaire suivie de suture, sans présenter aucun avantage.

M. Chaput, arguant de la mortalité élevée de l'entérorrhaphie circulaire, veut rejeter cette intervention du traitement des anus compliqués. Il a proposé plusieurs procédés, l'entérorrhaphie circulaire avec fente, l'entérorrhaphie par abrasion et application, l'entérorrhaphie longitudinale, et il n'est pas loin de substituer à tous ces procédés l'entéro-anastomose intra-péritonéale. Nous reviendrons sur ces modifications du type primitif de l'entérorrhaphie (Congrès de chirurgie 1889, *Archiv. de médecine*, 1890. Thèse de Philippe, Paris 1890, *Technique des opérations sur l'intestin*, Chaput-Asselin, 1892).

L'entéro-anastomose a pour nous ses indications précises qui lui sont créées par :

1° L'impossibilité d'aboucher les cylindres intestinaux, par suite du retrécissement du bout anal portant sur une grande longueur d'intestin qu'on ne peut réséquer.

2° L'impossibilité de mobiliser et de réunir les deux cylindres par suite du peu de longueur du mésentère (anus ombilical portant sur le côlon transverse).

3° L'obligation d'intervenir d'urgence sur un anus dont les symptômes inflammatoires sont mal éteints.

4° L'impossibilité de libérer l'anse intestinale perforée, un ancien foyer de péritonite locale ayant développé des adhérences solides, qui ont agglutiné tous les organes voisins.

Dans tous ces cas, il nous semble que l'ancienne opération de Maisonneuve, à manuel opératoire bien réglé par M. Chaput, se trouve parfaitement indiquée.

Quant aux autres procédés du même auteur, entérorrhaphie circulaire par abrasion et application, entérorrhaphie circulaire avec fente, entérorrhaphie longitudinale, qui répondent surtout au rétrécissement immédiat, nous croyons que le point dit Czerny-Lembert ne prenant pas plus de 8 millimètres sur chaque lèvre à réunir, aidé d'une section oblique de la résection, ne peut compromettre ni dans le présent, ni dans l'avenir, la libre circulation des matières et amener des phénomènes d'étranglement interne consécutifs.

Les vraies causes d'insuccès dans l'application de la méthode circulaire ne tiennent pas au rétrécissement immédiat (3 cas sur 77 observations) (Goetz, th. citée), mais aux deux actes principaux de l'opération, qui sont l'ouverture du péritoine d'une part et les chances qu'il court d'être infecté de par cette simple mise à jour, et, d'autre part, la péritonite secondaire à la rupture des sutures.

A l'heure actuelle avec les ressources qui nous sont données par la méthode antiseptique et aseptique et le perfectionnement du manuel opératoire, « ce travail de reprise et de couture » est permis, comme le disait M. le professeur Pollosson dans une clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon faite au mois de mars 1893. On doit, en conséquence, appliquer au traitement des anus contre nature une méthode qui est générale et répond mieux que toute autre aux diverses lésions, qui constituent cette difformité.

¹ Georg, Lyon, 1893.

CHAPITRE III

Manuel opératoire de l'entérorrhaphie circulaire.

Une question préjudicielle doit être vidée. Quelle est l'époque la plus favorable à l'intervention? En règle générale, et à moins d'indications spéciales, on n'opérera pas tant que le siège de l'ancien foyer herniaire gangrené ne sera pas complètement détergé. Aussi longtemps que des phénomènes inflammatoires subsisteront, dans les tissus situés autour de l'orifice anormal, il y a intérêt à ne pas intervenir. On risquerait trop d'opérer dans un milieu infecté et de propager à la grande séreuse abdominale le processus inflammatoire localisé. Il ne faut pas oublier non plus que le patient vient d'être mis à dure épreuve par son phlegmon stercoral et qu'il faut lui donner le temps de se remettre et de reprendre des forces, qui lui permettront de subir, dans de meilleures conditions la cure radicale de son anus contre nature.

Une seule exception existe à cette règle, c'est quand la perte de substance intestinale siège près de l'estomac, et que le patient, par suite de sa digestion incomplète, offre des symptômes d'inanition rapide, et là nous pensons que c'est à l'entéro-anastomose intra-péritonéale de M. Chaput qu'il faut avoir recours.

Dans tous les autres cas, l'intervention doit avoir lieu dès que tout phénomène inflammatoire a cessé, dès que la détersion a été obtenue et qu'on juge la difformité irrémédiable.

Il peut se faire en effet, quelquefois, que l'anus ait une tendance naturelle à la guérison. Ceci tient aux conditions anatomiques de la lésion dont les unes sont favorables, telles que : ouverture de l'intestin petite, sans éperon, trajet cutané tapissé par une membrane bourgeonnante, matières passant en partie par le bout anal. Les conditions défavorables sont : un éperon saillant, un orifice cutané et intestinal large, un trajet tapissé par la muqueuse intestinale, enfin une interruption complète des matières par le bout inférieur.

Dans les cas dits favorables, on aidera au besoin la nature dans son travail de guérison par la compression, la cautérisation, etc. Mais dans les anus où la lésion est irréparable par les seules forces de la nature, on n'a rien à gagner par ces procédés simples, si ce n'est cependant de voir les lésions s'aggraver en même temps que les phénomènes d'inanition.

La détersion de l'anus contre nature demandera d'un à deux mois et demi. On devra donc attendre jusqu'à cette époque.

Précautions préliminaires. — L'opération ayant été

décidée et fixée, il est de toute nécessité de préparer le malade à subir l'intervention du chirurgien dans les meilleures conditions d'asepsie et d'antisepsie, et, pour ce faire, premièrement nettoyer le tube intestinal, secondement nettoyer l'orifice cutané.

Huit jours avant la date fixée pour l'opération, on fera prendre au malade quelques cachets de charbon de Belloc ou de naphтол, on l'alimentera avec des aliments laissant le minimum de déchets. L'avant-veille du jour fixé, on donnera un purgatif salin, qu'on répètera le lendemain. La veille de l'opération, on cessera toute nourriture pour ne permettre que l'absorption de boissons ou d'eau. On débarrassera ce même jour le bout anal de l'intestin par un lavement, destiné à chasser les matières et les mucosités qui ont pu s'accumuler dans cette partie du tube.

Le matin même de l'intervention, on donnera un dernier lavement. Autant que possible, pendant cette même période le malade aura pris un ou deux grands bains.

C'est en astreignant le patient à ce régime sévère qu'on arrivera premièrement : à vider l'intestin, dans la mesure du possible, des matières qui pourraient venir souiller le champ opératoire, et secondement qu'on évitera les vomissements soit pendant l'anesthésie, soit après, ce qui peut mettre les sutures du chirurgien à une épreuve toujours dangereuse.

Pour préparer aseptiquement l'orifice cutané de l'anوس ou de la fistule stercorale, dans les jours qui précéderont l'entérorrhaphie on appliquera des compresses antiseptiques, sur ce terrain souillé continuellement par le passage des matières, on protégera les tissus ambiants par des applications de vaseline boriquée. Si même l'orifice

est le siège de bourgeons qui suppurent, d'excoriations plus ou moins infectées, il faudra par un raclage complet de la région, suivi d'applications antiseptiques, préparer un terrain aseptique.

Le jour de l'opération, le patient sera porté sur la table où l'on procèdera à une dernière toilette minutieuse du champ opératoire. A Lyon on emploie de préférence l'éther pour l'anesthésie et dans le cas particulier il nous semble tout indiqué, puisqu'il permet de prolonger le sommeil sans inconvénient avec des doses plus fortes que le chloroforme, ce qui donne plus d'élasticité dans son emploi.

Ces précautions préliminaires ayant été bien prises, on procèdera à l'intervention à laquelle on peut fixer quatre temps principaux, comme le recommande M. le professeur Pollosson (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, Georg, Lyon, 1893).

1° Incision permettant d'arriver à l'intestin et libération de ce dernier.

2° Excision ou résection des bouts de l'intestin, du mésentère.

3° Suture circulaire.

4° Réduction.

Premier temps. — Incision permettant d'arriver à l'intestin.

L'orifice cutané est circonscrit par une incision circulaire et les tissus qui constituent les parois du trajet sont disséqués. On arrive de cette façon à l'orifice herniaire. Les adhérences de la surface séreuse de l'intestin avec le pourtour de l'anneau sont rompues, et, par des tractions légères et faites sans brusquerie, on amène au dehors

l'anse sur laquelle porte la perforation. A aucun instant la cavité abdominale n'est ouverte et par conséquent l'opération peut rester extra-abdominale.

Lorsque l'on se trouve en face d'un anus contre nature ombilical, M. le professeur Pollosson conseille, pour faciliter la dissection périfistulaire, de se donner du jour par une double incision verticale, l'une supérieure, l'autre inférieure. Pour un anus portant sur la région inguinale, on agirait de même, en traçant les incisions parallèlement à l'arcade, si bien que, si la nécessité d'ouvrir la cavité abdominale se présentait, un coup de ciseaux n'aurait qu'à sectionner l'épaisseur de la paroi.

Pour la région crurale on préférera une double incision en T, dont la branche verticale passera par l'orifice cutané et la seconde située plus haut parallèlement et sur le ligament de Fallope.

C'est cette dernière surtout qui permettra une exploration parfaite de l'orifice herniaire et, si besoin, une laparotomie.

Ces incisions sont calculées de façon à permettre d'ouvrir rapidement le ventre, si les adhérences de l'anse intestinale à l'orifice herniaire étaient très étendues, et ne cédaient pas aux tractions légères, qu'on pratique sur elles. S'il en était ainsi, on ouvrirait délibérément l'abdomen et au lieu de procéder en sens inverse pour détacher l'anse perforée, on pratiquerait le décollement à partir du point où les adhérences existent jusqu'à l'orifice intestinal. C'est la conduite que suivent d'emblée quelques chirurgiens ; il est préférable de n'y recourir que secondairement. On a même conseillé de faire l'incision sur la ligne médiane de l'abdomen et d'attirer par cette brèche l'anse sur

laquelle doit porter la section après avoir fermé temporairement la bouche de l'anüs.

En général, c'est une complication inutile du manuel opératoire. Si les adhérences sont assez fortes et assez étendues pour ne pas permettre l'attraction au dehors de l'anse perforée, on sectionnera la paroi abdominale pour procéder à un décollement de la périphérie vers le centre constitué là par l'orifice cutané.

Les adhérences le plus souvent sont peu étendues et ne résistent pas à un décollement, pratiqué avec l'extrémité digitale ou la pointe d'un instrument mousse, tel que ciseau ou sonde cannelée aidé de légères tractions.

C'est pendant tout le temps que durent ces manœuvres après avoir assuré l'hémostase que l'on doit se rendre un compte exact de la partie du cylindre intestinal sur laquelle a porté l'anüs, de l'atrophie ou de la friabilité spéciale des tissus sur lesquels on opère pour avoir une ligne de conduite bien arrêtée dans la suite de l'intervention.

L'anse intestinale attirée au dehors, doit être entourée de tampons aseptiques qui l'isolent et la séparent, autant que faire se peut, des parois abdominales. Quand la grande séreuse a été ouverte ces tampons la protégeront contre la chute possible des matières ; de plus, ils s'opposent efficacement à l'issue des intestins par la brèche que l'on vient de créer.

Deuxième temps. — Excision et résection des bouts de l'intestin, du mésentère.

L'excision doit porter en tissu sain, en dehors des adhérences, et c'est ainsi que les parties sclérosées ou ayant subi des phénomènes d'inflammation seront retranchées.

Cependant si l'anse était légèrement boursouflée avec un dépoli spécial, on ne devrait pas s'inquiéter. En effet, M. le professeur Pollosson dit : « Cet état poisseux ne doit pas être considéré comme indiquant l'ablation de la portion correspondante d'intestin ; au contraire la suture y est plus facile et le processus de cicatrisation se fait très bien ainsi que j'ai pu m'en assurer dans deux cas. » (*Clinique de l'Hôtel-Dieu.*)

Comment assure-t-on la coprostase ? Schede s'est servi d'un gros catgut serré suffisamment pour obtenir l'occlusion du canal intestinal. Thiersch emploie pour remplir le même office, une pince à polype dont les mors sont garnis d'un tube en caoutchouc. Makins, von Bergmann, ont employé des clamps plus spéciaux qui ont leurs avantages et leurs inconvénients. Nous pensons avec Julliard que, lorsque l'intestin a été préalablement vidé par le régime sus-indiqué, une compression faite avec les doigts d'un aide exposera moins que les pinces et les clamps à une contusion pouvant compromettre la vitalité de l'intestin.

Pour éviter le plissement, on pratique ensuite l'excision d'un segment triangulaire du mésentère correspondant à la portion réséquée du canal intestinal. On a grand soin de ne pas tirailler les deux cylindres ainsi séparés pour ne pas amener sur leur bord un décollement du mésentère qui infailliblement produirait de la gangrène par suppression des vaisseaux nourriciers des parois intestinales. Le mésentère est lié au catgut.

La section doit emporter, nous l'avons dit, les tissus altérés par l'inflammation et impropres à la réunion, elle doit secondement placer les deux bouts dans des condi-

tions qui permettent leur exacte adaptation. Pour éviter le rétrécissement immédiat, M. le professeur Pollosson pratique une section oblique par rapport à l'axe perpendiculaire du cylindre, il obtient ainsi des ellipses qui, une fois affrontées, remédient au rétrécissement causé par la suture. Nous reviendrons sur ce sujet. Enfin la muqueuse peut dépasser les lèvres des bords sectionnés, il faut la réséquer avec des ciseaux. Si quelques artérioles intestinales donnent, le pincement en aura raison.

Troisième temps. — Suture circulaire et suture du mésentère.

Si les diamètres des deux bouts intestinaux que l'on se propose d'aboucher sont égaux, la suture n'en sera que plus facile. Nous étudierons dans un instant comment il est possible de remédier à cette inégalité de diamètre.

Quelle suture emploiera-t-on ? On s'est ingénié à créer de nouveaux procédés, la plupart basés sur l'adossement des séreuses. M. le professeur Pollosson a toujours eu recours à la suture à deux rangées, c'est-à-dire au Czerny-Lembert. C'est la suture qui nous semble donner le meilleur adossement, et la fermeture la plus hermétique, la plus solide. Autrefois on ne connaissait pour ce genre de sutures, que les aiguilles tubulées, demi courbes, ou courbes qui occasionnaient une perte de temps considérable. Aujourd'hui l'aiguille de Reverdin a bien simplifié les choses, elle donne, en outre, plus de précision. On commencera par la suture du mésentère ; de chaque côté de la ligne d'insertion de ce dernier, un point sera placé et on veillera avec le plus grand soin à l'adaptation exacte des surfaces correspondantes. C'est en cet endroit, on le sait, que les sutures se montrent insuffi -

santes. Immédiatement à l'opposé du mésentère on place un point sur le bord convexe du cylindre intestinal, puis deux autres à chaque extrémité du diamètre perpendiculaire à ce premier. L'inconvénient de se trouver, à la fin de la suture circulaire, en présence d'un excès ou d'un manque d'étoffe, est ainsi évité.

Dans l'intervalle de ces quatre points de repère, de 3 millimètres en 3 millimètres, on échelonne des points de Czerny. Ce mode de suture consiste à faire pénétrer l'aiguille à quelques millimètres du bord libre de la lèvre intestinale sectionnée, à traverser l'épaisseur de la séreuse et de la musculuse sans toucher à la muqueuse, puis on suit un chemin inverse sur la lèvre opposée. Le fil passé est noué, par-dessus cette première rangée de sutures, à des intervalles de 5 millimètres, on échelonne des points de Lembert qui consistent à faire pénétrer l'aiguille à 8 ou 9 millimètres du bord libre à cheminer dans la musculuse et à faire ressortir la pointe à 3 ou 4 millimètres plus loin sans atteindre la section intestinale. La même manœuvre est répétée en sens inverse sur la lèvre du bord opposé et symétrique.

La surface d'adossement obtenue, varie, mais en général elle ne dépasse guère un centimètre. Aussi faut-il veiller à ne pas prendre trop d'étoffe pour la suture, on pourrait créer dans le canal un diaphragme infranchissable au bol fécal, ce qui serait aller à l'encontre du but désiré.

Le nombre des points est loin d'être fixe ; on en compte de 20 à 40. Il varie avec les deux portions d'intestin que l'on veut adosser et aussi avec l'appréciation de chaque chirurgien.

Pour les sutures on emploiera avec avantage le catgut chromique fin stérilisé. La soie a ses partisans, mais le catgut se résorbe sur place, après avoir joué le rôle attendu, il n'en est pas toujours ainsi pour la soie.

Quatrième temps. — Réduction.

La continuité du cylindre intestinal étant assurée, il ne restera plus qu'à procéder à une dernière toilette, faite avec de l'eau aseptique, si la cavité abdominale n'a pas été ouverte on débridera largement l'anneau pour que la réduction se fasse sans le moindre effort, et que les sutures ne soient pas mises à une épreuve dangereuse. On a bien conseillé de ne pas réduire, et d'attendre que l'anse rentre d'elle-même dans la cavité abdominale (Schede). Aujourd'hui on doit être assez sûr des sutures que l'on a exécutées pour réduire immédiatement.

Faut-il fermer le péritoine et terminer comme pour une laparotomie ordinaire par la fermeture de l'orifice cutané ? M. le professeur M. Pollosson préfère placer une mèche de gaze iodoformée, qui pénètre jusqu'à l'orifice herniaire. Il trouve à ce procédé deux avantages qui sont : l'écoulement des matières stercorales par l'anneau si une suture vient à lâcher, et par conséquent la possibilité d'éviter une péritonite (obs. I). Enfin les tissus avoisinant l'ancienne fistule se prêtent mal à une réunion par première intention.

Soins consécutifs. — Le pansement sera fait suivant toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie. Le patient devra garder dans son lit une immobilité complète, avec flexion des cuisses sur le bassin. On devra dans la mesure du possible lui éviter tous les efforts, tels que : vomissements, toux, efforts de défécation, qui peuvent chasser

dans l'intestin les gaz et les matières et faire manquer les sutures. Aussi donnera-t-on de l'opium sous forme d'extrait thébaïque 10 centigrammes en 24 heures. Quatre jours de diète absolue sont nécessaires. Aussi laissera-t-on le patient sans boire ni manger jusqu'au lendemain. Si la soif est trop vive, à partir de ce moment, on lui permettra de se désaltérer avec quelques fragments de glace placés dans la bouche.

Les aliments liquides tels que lait, bouillon, pourront être donnés à la fin du quatrième jour, d'abord en très petite quantité et régulièrement, à heures déterminées.

Au sixième jour, s'il ne survient ni fièvre, ni douleurs, ni symptômes de péritonite, on pourra doubler la dose des aliments liquides.

Si tout se passe bien, la première garde-robe survient en général du cinquième au neuvième jour annoncée par quelques coliques qui disparaissent aussitôt que les matières sont évacuées.

A partir de ce moment, le malade est sauvé, on n'aura plus qu'à surveiller attentivement son régime qui ne lui permettra des aliments solides que vers le 15^e jour. Si, dans l'intervalle, le ventre se ballonnait, on aurait recours à une poudre purgative.

Le premier lever ne sera pas permis avant le 18^e ou 20^e jour, et on devra veiller à ce que la région soit bien soutenue par un pansement compressif, plus tard, on fera porter un bandage.

Si, après l'entérorrhaphie circulaire, des symptômes graves éclatent, la conduite rationnelle à suivre est d'ouvrir le ventre et d'aller à la recherche de l'anse intestinale suppurée. Le péritoine sera lavé et l'ancien anus

contre nature rétabli. Mais hâtons-nous de dire que les phénomènes de péritonite tuent le malade avec une rapidité et une fatalité telles qu'ils laissent bien peu d'espoir à cette seconde intervention (obs. V).

Détails sur les divers temps de l'opération. —

Une bonne suture intestinale doit répondre aux conditions possible suivantes : 1° elle doit mettre en contact aussi parfait que les parties que l'on veut réunir ; 2° être suffisamment solide pour s'opposer au passage des gaz et des matières ; 3° ne pas trop réduire la lumière du canal.

M. le professeur Pollosson emploie le catgut, qui offre, nous l'avons dit, l'avantage de se résorber. C'est un catgut qui a subi une préparation spéciale qui lui permet de conserver sa solidité et sa souplesse. C'est le catgut chromique stérilisé et qui est conservé quelque temps dans l'eucalyptol. C'est en plaçant ce dernier, qui a séjourné dans cette solution, dans une seconde solution phéniquée à 50 pour 1000 qu'on obtient ce résultat. Au bout de 24 heures, les fils qui étaient durs et cassants en sortant du mélange primitif, reprennent de la souplesse sans que leur solidité soit compromise.

On peut les conserver avec ces qualités environ quatre mois dans la solution phéniquée.

De ses expériences sur les adhérences des séreuses, Jobert de Lamballe a créé un procédé rationnel de suture. Malheureusement pour obtenir l'adossement des séreuses, il employait des sutures perforantes, qui livrent par conséquent passage aux matières et aux microbes. Aussi son procédé est-il à rejeter.

Lembert (Mém. sur la réunion des plaies des intestins

in *Répertoire d'anatomie et de physiol. path.*, 1826) a proposé la suture type, en respectant la muqueuse. C'est le procédé dont la plupart des nouveaux n'ont donné que des variantes.

Gussenbauer exécute, avec le même fil, le Czerny-Lembert. Cette suture donnée comme prenant moins de temps que cette dernière offre deux inconvénients : 1° Elle est fort délicate puisque dans le même point l'aiguille pénètre et sort quatre fois des tissus ; 2° Si l'un des points coupe, le second se trouve trop lâche et ne remplit plus son rôle.

Wölfler a conseillé de suturer intérieurement la muqueuse à part et d'exécuter ensuite le Czerny-Lembert ; ce qui donne trois étages de sutures ; procédé bien long, dans une opération qui exige qu'on compte avec le temps.

Rydygier a modifié la suture Czerny-Lembert, en remplaçant la première rangée de sutures entrecoupées par la suture du pelletier, dite aussi en surjet. Madelung admet l'avantage de ce procédé ; pour nous, nous croyons qu'il a le grave inconvénient de froncer et de raccourcir les lèvres de l'incision. En outre, si le fil cède en un point, du même coup toute la première suture n'existera plus.

La suture séro-séreuse de Malgaigne, dite en bourse à points séparés s'exécute de la façon suivante. Parallèlement à la ligne de section on fait pénétrer l'aiguille qui chemine dans la séreuse sur un parcours de 5 à 6 millimètres, on passe avec le même fil sur la lèvre du cylindre opposé, où l'on exécute le même trajet sur un point symétrique, en ayant soin de toujours se tenir à la même distance de la section. On noue les deux fils, puis on les sectionne pour recommencer.

Gely se contente de nouer les deux chefs sans les sec-

tionner et continue la suture avec eux. Ces sutures ont l'inconvénient de trop froncer les lèvres que l'on doit affronter.

Neuber emploie des tubes en os décalcifié.

Les bouts intestinaux à réunir sont tendus sur ce tube, puis réunis par des points séro-séreux et une seconde suture celle-là continue, est exécutée sur la première. C'est un procédé qui n'est guère à recommander, étant donné qu'il est bien difficile d'avoir sous la main de ces tubes, en temps voulu ; enfin, si ces derniers sont mal décalcifiés ils peuvent amener du sphacèle.

Trèves a remplacé le tube permanent de Neuber, par une ampoule en caoutchouc qu'on introduit dans les deux bouts intestinaux au moment de faire les sutures, puis lorsque ces dernières sont achevées on dégonfle cette ampoule, qui peut passer par un petit orifice, qu'on oblitérera par un point ordinaire. On assurerait de cette façon la régularité de la suture. Nous ne conseillons pas ce procédé.

Chaput (Congrès de chirurgie, 1889) a proposé la suture par abrasion. Elle consiste à disséquer la muqueuse de l'intestin sur une hauteur de 1 centimètre, puis à l'invaginer dans l'intestin et à la fixer par des sutures non perforantes. Ensuite on suture face interne contre face interne, par des points séparés, les musculeuses ainsi avivées. Ce chirurgien a fondé sur ce procédé (*Arch. de méd.*, fev. 90, thèse de Philippe, Paris, 1890) l'entérorrhaphie circulaire dite pour abrasion. Il complète ces deux étages par des points de Lembert. C'est un procédé très long et qui n'évite même pas le rétrécissement du canal, puisque des points de Lembert sont nécessaires.

En somme, la suture séro-musculaire demeure seule comme méthode vraiment générale, et c'est à cette dernière modifiée par Czerny que nous donnons la préférence.

Pour remédier au rétrécissement, on a imaginé bien des méthodes qui répondent le plus souvent à des cas particuliers.

Si le rétrécissement porte sur le bout anal seul, et n'a que quelques centimètres, l'excision, si elle est possible, de cette portion rétrécie, permettra d'obvier d'une façon radicale à ce défaut.

Mais si la diminution de calibre porte sur une grande longueur, et que la résection ne puisse s'exécuter, on comprend que l'affrontement régulier devienne presque impossible. De cette difficulté, sont nées de nombreuses méthodes, qu'on a données d'abord comme particulières à chaque cas. M. Chaput en est arrivé à rejeter complètement l'entérorrhaphie circulaire, pour lui substituer l'entérorrhaphie avec fente, l'entérorrhaphie longitudinale, et en dernier lieu, l'entéro-anastomose.

Nous allons rappeler quelques-uns de ces procédés : Baüm conseille, lorsque le calibre des deux cylindres à réunir n'est pas trop disproportionné, de ne pas s'en occuper et de suturer. Il en résulte un plissement de « l'extrémité supérieure qui semble invaginer l'inférieure en lui formant comme une collerette goudronnée ». (Pollosson, thèse d'agrégation).

Billroth propose de faire un pli sur le bout intestinal dilaté, et de le fixer par des sutures. Cette pratique est à repousser, elle amène un entre-croisement de sutures trop dangereux. Rydygier, Madelung résèquent un triangle sur le cylindre qui a le plus grand diamètre et suturent les

lèvres de cette incision. Cette manœuvre ramène bien les deux cylindres à d'égales dimensions ; mais là encore, deux sutures se superposent comme dans la méthode précédente.

Billroth, dans un cas, suivit le même procédé que pour la résection du pylore.

Les bords des deux ouvertures furent suturés, comme si elles avaient été égales, et la portion restante non utilisée, fut fermée par des sutures.

Bouilly, Billroth, Dittel ont employé la dilatation manuelle du bout rétréci que M. Pollosson a constatée possible.

Madelung rétablit l'égalité des surfaces qui doivent s'affronter, en faisant une section oblique par rapport au grand axe de l'intestin diminué dans sa circonférence. Ce procédé a donné des succès à Stelzer, Gussenhauer, et c'est celui que nous préconisons.

Chaput, au Congrès de Chirurgie, 1891, a proposé une méthode très rationnelle, dans les cas de rétrécissement du bout anal seul ou des deux à la fois. C'est le procédé de la fente longitudinale. « On fait aux ciseaux, sur le bord convexe de chaque bout, une fente de 3 centimètres environ. On arrondit les lambeaux ainsi formés en réséquant leur sommet pointu, ce qui donne à la fente la forme d'un losange. On suture les bords contigus du losange, soit par la suture à trois étages ou plus simplement avec un premier étage séro-muqueux et un second étage de Lembert. »

A part quelques modifications dans le manuel opératoire des sutures (l'auteur conseille une double rangée de points les premiers étant séro-muqueux, les seconds, des points de Lembert), c'est l'entérorrhaphie circulaire modifiée par

une fente sur le bord convexe des cylindres que l'on veut souder.

C'est un excellent procédé applicable aux rétrécissements des deux bouts ou d'un seul, qui ne peuvent être réséqués; mais nous ne croyons pas qu'on doive l'ériger en méthode générale et l'appliquer aux anus contre nature ou fistules qui n'offrent pas de rétrécissement.

Les rétrécissements valvulaires immédiats sont rares par le procédé classique, puisque dans la statistique de Goetz, qui porte sur 77 opérés, il est accusé trois fois seulement d'avoir causé la mort des patients. On ne peut se fonder sur ces trois faits isolés pour rejeter la méthode circulaire. Quant au rétrécissement consécutif, les observations sont muettes. Mais on conçoit leur rareté ou plutôt leur absence; puisque le bol fécal franchit en passant de l'intestin grêle au gros intestin, la valvule iléo-cæcale autrement serrée que celle que peut créer la suture circulaire exécutée sur l'intestin grêle. Aussi, croyons-nous que l'entérorrhaphie circulaire n'est pas seulement applicable au gros intestin; c'est même sur ce dernier qu'elle offre le plus de difficultés, mais qu'on peut l'exécuter sur tout le parcours de l'intestin grêle.

C'est dans le même ordre d'idées, éviter le rétrécissement immédiat et consécutif et les difficultés de la suture au niveau de l'insertion du mésentère, que M. Chaput a imaginé l'entérorrhaphie longitudinale (*Arch. génér. de méd.*, 1890. Nouvelles méthodes de traitement des anus contre nature.)

Elle consiste à exécuter sur chacun des deux bouts réunis par deux plans de sutures séro-séreuses, une fente longitudinale de 5 à 6 centimètres. Les deux tubes sont ainsi

réunis en un seul au niveau des deux incisions. On fait sur les lèvres postérieures une rangée de points muco-muqueux ; les antérieures sont réunies par trois plans de sutures muco-muqueuses, et deux rangées séro-séreuses. L'orifice terminal est fermé par un double plan de Lambert.

On a surtout appliqué cette méthode aux gangrènes herniaires, comme entérorrhaphie primitive (th. de Marin, Lyon, 1891), quoique son auteur la préconise aussi comme traitement de l'anus contre nature.

Pour nous c'est un procédé long qui n'assure pas plus que le procédé circulaire contre les vraies causes d'insuccès, c'est-à-dire l'infection du péritoine et le relâchement des surfaces réunies par les sutures.

Aussi notre avis est que, tous ces procédés imaginés par les divers auteurs répondent à des indications spéciales, et que l'entérorrhaphie circulaire seule (avec section oblique sur les deux cylindres) est la méthode vraiment générale quand il s'agit de rétablir le cours des matières dans l'intestin dont la continuité a été interrompue par l'établissement d'un anus contre nature.

CONCLUSIONS

I. L'entérorrhaphie circulaire, grâce aux perfectionnements du manuel opératoire et à l'application plus exacte des ressources aseptiques et antiseptiques, n'offre plus, à l'heure actuelle, la gravité qu'elle présentait il y a quelques années seulement.

II. En outre, si l'on considère la longueur du traitement des anus contre nature par l'entérotomie et les méthodes anaplastiques, si l'on envisage aussi les causes de dénutrition et d'infection auxquelles les malades sont exposés du fait de cette infirmité, on peut admettre que la mortalité absolue de ces méthodes est au moins aussi élevée que celle de l'entérorrhaphie circulaire.

III. La bénignité de cette intervention qui est démontrée par nos observations et les statistiques de quelques auteurs en fait la méthode de choix dans le traitement des anus contre nature d'origine herniaire.

IV. L'entérorrhaphie circulaire, sans laparatomie, avec section oblique de l'intestin, telle que la recommande M. le professeur Pollosson, agrandit suffisamment la lumière du canal pour n'avoir pas à redouter le rétrécissement immédiat ou consécutif.

V. L'entéro-anastomose répond, à notre sens, à des indications moins générales. Elle doit être employée, lorsque, dans certaines conditions énumérées, l'entérorrhaphie devient difficile ou inapplicable.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
POLLOSSON.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,

LE DOYEN,
LORTET.

